Euthanasie

Reactie hoofdbestuur KNMG op regeringsstandpunt

In september jl. heeft de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie (commissie-Remmelink) haar rapport uitgebracht. In een brief d.d. 8 november 1991 aan de Tweede Kamer formuleert de regering haar standpunt naar aanleiding van het rapport van de commissie-Remmelink. In dit standpunt doet de regering onder meer voorstellen voor de toekomstige wettelijke regeling van euthanasie en hulp bij zelfdoding en andere beslissingen rond het levenseinde. Het navolgende behelst de reactie van het hoofdbestuur van de KNMG op het regeringsstandpunt.

KNMG EN EUTHANASIE

In 1973 heeft de KNMG een voorlopig standpunt over euthanasie ingenomen. De maatschappelijke ontwikkelingen die zich nadien hebben voorgedaan, leidden in 1984 tot een nader uitgewerkt standpunt. Met het standpunt van 1984 werd niet beoogd de toelaatbaarheid en euthanasie ter discussie te stellen. Uitgangspunt was het feit dat euthanasie werd toegepast. Het KNMG-standpunt uit 1984 formuleert de eisen waaraan een arts moet voldoen om in het geval van euthanasie en hulp bij zelfdoding van zorgvuldig handelen te kunnen spreken. Het KNMG-standpunt heeft in de jaren na 1984 een belangrijke invloed gehad.
In de loop van de jaren tachtig is het maatschappelijk draagvlak voor euthanasie sterk toegenomen. Uit onderzoeken blijkt dat een grote meerderheid van de bevolking euthanasie aanvaardbaar acht, mits aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. De KNMG heeft de laatste jaren regelmatig aangedrongen op een goede en duidelijke regeling op het terrein van de euthanasie. De KNMG heeft zich daarbij op het standpunt gesteld, dat de toetsing van artsen die handelen met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, zoveel mogelijk buiten de strafrechtelijke sfeer dient te geschieden.
In het kader van de voorbereiding van de werkzaamheden van de commissie-Remmelink bereikten de minister van Justitie en de KNMG in 1990 overeenstemming over de Meldingsprocedure Euthanasie. Deze meldingsprocedure heeft de duidelijkheid en de rechtszekerheid verbeterd. De KNMG heeft echter van meet af aan te kennen gegeven de meldingsprocedure als een procedurele tussenstap te beschouwen, niet als een alternatief voor een adequate (wettelijke) regeling.

RAPPORT-REMMELINK

Het hoofdbestuur heeft met instemming kennis genomen van het rapport van de commissie-Remmelink. Het is van buitengewone betekenis dat er nu een goede studie bestaat naar de problematiek inzake medische beslissingen rond het levenseinde. De studie wijst uit, dat de omvang van de euthanasiepraktijk aanzienlijk geringer is dan lange tijd, vooral ook in het buitenland, werd aangenomen. Voorts maakt de studie duidelijk dat de kwaliteit van de besluitvorming door artsen in gevallen van levensbeëindigend handelen hoog is. Dat op enkele punten verbetering mogelijk is, doet hier niet aan af.

REGERINGSSTANDPUNT

Het standpunt van de regering, zoals geformuleerd in de brief van 8 november 1991 aan de Tweede Kamer, houdt ten aanzien van de toekomstige situatie betreffende (de regeling van) beslissingen rond het levenseinde het volgende in:
1. De meldingsprocedure zoals deze sinds 1 november 1990 functioneert, krijgt een wettelijke verankering. Deze wettelijke verankering zal bestaan uit vastlegging van de meldingsprocedure in een algemene maatregel van bestuur (AMvB) op grond van de Wet op de Lijkbezorging.
2. In een bijlage bij de AMvB worden de aandachtspunten opgesomd waarop de arts in zijn schriftelijk verslag, bestemd voor de gemeentelijk lijkschouwer, behoort in te gaan. Uit deze aandachtspunten kunnen de zorgvuldigheidseisen worden afgeleid.
3. De wettelijke meldingsprocedure zal worden uitgebreid tot gevallen waarin de arts overgaat tot 'actief medisch ingrijpen ter bekorting van het leven zonder uitdrukkelijk verzoek'.
4. De strafbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding in de artt. 293 en 294 Wetboek van Strafrecht blijft gehandhaafd.

Het standpunt van de regering heeft een sterk procedureel karakter en is vrijwel uitsluitend gericht op het element van de toetsbaarheid.

REACTIE HOOFDBESTUUR

Het hoofdbestuur streeft ten aanzien van beslissingen rond het levenseinde naar het realiseren van de volgende twee doelstellingen:
– Het scheppen van ruimte voor arts en patiënt om beslissingen omtrent een menswaardig levenseinde te kunnen nemen.
– Het creëren van een situatie waarin de toetsbaarheid van medische beslissingen rond het levenseinde optimaal is.
Het hoofdbestuur stelt vast, dat het regeringsvoorstel gedeeltelijk aan deze doelstellingen tegemoet komt. Hieronder gaat het hoofdbestuur, in het licht van beide doelstellingen, nader op het regeringsvoorstel in.

Wettelijke regeling meldingsprocedure
Uit de brief van de regering komt duidelijk naar voren dat het voorstel van de regering om de meldingsprocedure wettelijk te verankeren, is ingegeven door het belang van de toetsbaarheid van beslissingen rond het levenseinde. Het hoofdbestuur onderschrijft dit belang en kan zich om die reden vinden in dit onderdeel van het regeringsvoorstel. Daar komt bij dat de wettelijke verankering van de meldingsprocedure in zekere zin kan worden beschouwd als een aanvaarding door de wetgever van een praktijk waarin euthanasie en hulp bij zelfdoding is toegestaan, mits aan bepaalde zorgvuldigheidseisen is voldaan.

Dit is een belangrijke ontwikkeling. Het hoofdbestuur plaatst echter de kanttekening, dat is gekozen voor een tamelijk zwak niveau van regelgeving. De procedurele kant (melding en toetsbaarheid) zal worden neergelegd in een AMvB, een regeling waarop het parlement slechts in beperkte mate invloed kan uitoefenen. Ten aanzien van de in het regeringsstandpunt aangekondigde 'nadere regels betreffende de zorgvuldigheidseisen' geldt, dat deze slechts indirect worden geregeld. De zorgvuldigheidseisen moeten worden afgeleid uit de aandachtspunten welke in een bijlage bij de AMvB worden genoemd. Door het gekozen niveau van regelgeving behoudt de overheid in de toekomst de ruimte om te kiezen voor een restrictiever vervolgingsbeleid. De rechtszekerheid die het regeringsvoorstel artsen en patiënten biedt, is derhalve beperkt.
Het oordeel van de KNMG over het voorstel de meldingsprocedure wettelijk te regelen, kan niet los worden gezien van de door de regering voorgestane handhaving van de strafbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding, ook voor artsen. Hieronder komen wij op de strafbaarheid terug.

Uitbreiding meldingsprocedure
De regering is voornemens de meldingsprocedure uit te breiden tot gevallen van actief medisch ingrijpen ter bekorting van het leven zonder uitdrukkelijk verzoek. Het gaat hierbij om patiënten die niet meer in staat zijn hun wil te bepalen of te uiten. Op deze categorie handelingen is door het rapport van de commissie-Remmelink nadrukkelijk de aandacht gevestigd.
Ook met dit regeringsvoorstel stemt het hoofdbestuur op hoofdlijnen in. Het hoofdbestuur onderschrijft de opvatting, dat ook levensbeëindigend handelen op een of andere wijze toetsbaar moet zijn en getoetst moet worden. Aldus wordt voorkomen dat er ten aanzien van de toetsing rechtsongelijkheid ontstaat tussen patiënten die wel een verzoek kunnen doen en patiënten die daartoe niet (meer) in staat zijn. Toetsing is van belang zowel voor de rechtsbescherming van de arts als voor die van de patiënt.
Niettemin roept het regeringsvoorstel een aantal vragen en problemen op.
In de eerste plaats is het noodzakelijk dat helderheid bestaat over het onderscheid tussen normaal medisch handelen (geen meldingsplicht) en vormen van actieve levensbeëindiging zonder verzoek die (nog) niet als zodanig kunnen worden aangemerkt (wel meldingsplicht). Dit is met name van belang nu de regering de grens tussen beide categorieën handelingen op een andere plaats trekt dan de commissie-Remmelink.
Daarnaast is inzicht vereist in de bij actieve levensbeëindiging zonder verzoek in acht te nemen zorgvuldigheidseisen. De beschouwingen ter zake in het regeringsvoorstel bieden op deze punten onvoldoende duidelijkheid. In de visie van het hoofdbestuur mogen artsen verlangen, dat deze duidelijkheid wordt geboden alvorens zij worden onderworpen aan een formele meldingsprocedure. Bij het ontbreken van voldoende duidelijkheid moet worden gevreesd dat de bereidheid van artsen om te melden wel eens gering zou kunnen zijn, te meer daar ook in deze gevallen toetsing tot strafrechtelijke repercussies kan leiden.

STRAFBAARHEID

De regering stelt voor de strafbaarheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding door zorgvuldig handelende artsen onverkort te handhaven.
Vooreerst zij opgemerkt, dat het hoofdbestuur de strafbaarheid van niet-artsen en van artsen die verzuimen de zorgvuldigheidseisen in acht te nemen, gehandhaafd wil zien. Het hoofdbestuur heeft echter om drie redenen grote moeite met het handhaven van de strafbaarheid van artsen die handelen conform de zorgvuldigheidseisen.
In de eerste plaats acht de KNMG het principieel onjuist dat artsen die handelen met inachtneming van de geldende zorgvuldigheidseisen met strafbaarheid bedreigd blijven, te meer daar uit het rapport van de commissie-Remmelink is gebleken dat de kwaliteit van de besluitvorming door artsen hoog is. Hierdoor worden artsen ten onrechte gecriminaliseerd.
In de tweede plaats blijft door de strafbaarheid de situatie bestaan waarin een algemene praktijk wordt gereguleerd onder de vlag van de strafrechtelijke 'noodtoestand', een wettelijk begrip dat nu juist niet voor toepassing in de vorm van een algemene regeling is bedoeld.
In de derde plaats is van groot belang dat volgens het rapport van de commissie-Remmelink een grote meerderheid van de artsen de voorkeur geeft aan opheffing van de strafbaarheid. Een aanzienlijk aantal van hen gaat vanwege de strafbaarheid niet tot melding over. Dit betekent – anders dan het regeringsstandpunt stelt – dat handhaving van de strafbaarheid een belemmering vormt om te komen tot volledige toetsbaarheid van de praktijk. De argumenten zijn eveneens van toepassing in de gevallen waarin een arts met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen overgaat tot actieve levensbeëindiging zonder verzoek.
Door enerzijds de meldingsprocedure wettelijk te verankeren, maar anderzijds de strafbaarheid van zorgvuldig handelende artsen te handhaven, is het regeringsvoorstel naar de mening van het hoofdbestuur innerlijk tegenstrijdig. Het hoofdbestuur voorziet dat het voorstel, bijvoorbeeld in de Raad van State, op dezelfde kritiek zal stuiten als met wetsvoorstel 20383 het geval was.

Criteria bij beslissingen rond het levenseinde
In het bijzonder de regeringsvoorstellen betreffende actieve levensbeëindiging zonder verzoek vestigen nog eens de aandacht op de noodzaak om te komen tot het expliciteren van en consensus over de zorgvuldigheidscriteria die de arts bij beslissingen rond het levenseinde in acht behoort te nemen. In het geval van euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn deze criteria uitgekristalliseerd, bij een aantal andere beslissingen rond het levenseinde is dit nog niet het geval.
Het hoofdbestuur acht het om twee redenen wenselijk en noodzakelijk dat binnen de beroepsgroep een discussie wordt gevoerd over criteria en zorgvuldigheidseisen betreffende beslissingen rond het levenseinde in het algemeen. In de eerste plaats onstaan dusdoende mogelijkheden tot verbetering van het systeem van intercollegiale toetsing ten aanzien van beslissingen die niet onder de meldingsprocedure vallen.
In de tweede plaats kan op deze wijze inzicht worden verkregen in de scheidslijn tussen normaal medisch handelen enerzijds en beslissingen die onder de meldingsprocedure vallen anderzijds. De KNMG streeft ernaar (discussie)voorstellen te doen

teneinde te komen tot een nadere detaillering en preciezering van criteria en zorgvuldigheidseisen betreffende beslissingen rond het levenseinde in het algemeen, dus zowel in het kader van de meldingsprocedure als daarbuiten.
Ten aanzien van beslissingen binnen het kader van de meldingsprocedure kan daarbij reeds worden gewezen op de activiteiten van een KNMG-commissie die de problematiek van levensbeëindiging bij wils-onbekwame patiënten bestudeert. Tot op heden heeft deze commissie rapportages uitgebracht over zwaardefecte pasgeborenen en over comateuze patiënten. In de loop van 1992 zullen rapporten verschijnen over levensbeëindiging bij ernstig demente patiënten en over hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten.

SAMENVATTING

Samengevat houdt de reactie van het hoofdbestuur van de KNMG het volgende in:

1. Het hoofdbestuur stemt op hoofdlijnen in met de voorstellen van de regering om de meldingsprocedure wettelijk te regelen en om deze procedure uit te breiden tot gevallen van actieve levensbeëindiging zonder verzoek. Ten aanzien van beide voorstellen plaatst de KNMG evenwel een aantal kritische kanttekeningen.
2. Het hoofdbestuur heeft grote moeite met het feit dat de strafbaarheid van artsen die handelen met inachtneming van de zorgvuldigheidseisen, gehandhaafd blijft.
3. Het hoofdbestuur acht het noodzakelijk dat een discussie op gang komt over criteria en zorgvuldigheidseisen ten aanzien van medische beslissingen rond het levenseinde. De KNMG wil hier het voortouw nemen, zulks in het verlengde van activiteiten die binnen de KNMG reeds worden ontplooid ten aanzien van wils-onbekwame patiënten.

Euthanasie

Commentaar Nederlands Artsenverbond op kabinetsstandpunt

Op 8 november 1991 hebben de minister van Justitie en de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur het 'standpunt van het kabinet inzake medische beslissingen rond het levenseinde' aangeboden aan de voorzitter van de Tweede Kamer.

SAMENVATTING

Het kabinet beoogt enerzijds effectieve bescherming van het menselijk leven, ook in zijn kwetsbare slotfase, en anderzijds aandacht voor de wens van patiënten om waardig te sterven en ondraaglijk lijden te bekorten. Euthanasie en hulp bij zelfmoord moeten strafbaar blijven zodat dergelijk handelen kan worden getoetst. Daarvoor is een meldingsprocedure nodig, die wordt opgenomen in de Wet op de Lijkbezorging: de arts die een patiënt heeft gedood informeert de lijkschouwer; deze verricht een uitwendige lijkschouw en ontvangt van de arts een rapport met de relevante gegevens (ziektegeschiedenis, vrijwillig verzoek tot levensbeëindiging, consultatie collega, toepassing). Dit rapport gaat naar de Officier van Justitie die na overleg met de regionaal inspecteur Volksgezondheid van vervolging afziet als hij meent dat de bepalingen van het Wetboek van Strafrecht, en de interpretatie die daaraan is gegeven in de jurisprudentie, niet zijn overtreden.

MELDINGSPROCEDURE

Over de meldingsprocedure merken wij het volgende op:
Het is niet duidelijk hoe de lijkschouwer zich door alleen uitwendige lijkschouw een oordeel moet vormen over de doodsoorzaak. Hij, en vervolgens de Officier van Justitie, kunnen alleen afgaan op de gegevens van de behandelend arts, die een strafbaar feit heeft gepleegd en van wie daarom niet mag worden verwacht dat hij aan zijn eigen veroordeling meewerkt.
Wat ook de handelwijze van deze arts mag zijn geweest, uit de overhandigde gegevens zal nooit iets anders blijken dan dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan. Op grond van welke gegevens kan ooit tot vervolging worden besloten? Wanneer de vragenlijst op de juiste manier is ingevuld kan de rechter slechts beslissen dat het besluit tot doden zorgvuldig is genomen en zorgvuldig is uitgevoerd.

WAARDIG STERVEN

Het kabinet stelt voor, behalve in geval van noodtoestand ook strafvrijheid voor euthanasie in te voeren uit respect voor de wens om 'waardig te sterven'. Wat is waardig en wat is onwaardig sterven? Welke criteria gelden daarvoor? Is opzettelijk gedood worden waardiger dan een natuurlijke dood sterven? Moet de hele basis van ons staatsbestel, het recht van een ieder op leven, worden opgeofferd aan de wens om waardig te sterven, dat wil zeggen waardig te worden gedood?
Of het Nederlandse volk werkelijk zo verlangt naar het recht te worden gedood is zeer de vraag. Sommige enquêtes spreken van 70% à 80% vóór

legalisering. Het hangt er maar van af hoe men de vragen stelt. In de staat Washington is een wetsvoorstel voor legalisering van euthanasie met 55% van de stemmen verworpen, terwijl opiniepeilingen hadden gesuggereerd dat tweederde van de bevolking vóór legalistie was.

BELEIDBEPALENDE FACTOREN

Bij zijn standpuntbepaling heeft het kabinet de volgende drie factoren betrokken, die de wenselijkheid van nieuwe wetgeving terzake van euthanasie beïnvloeden: de omvang van de huidige euthanasiepraktijk (rapport-Remmelink), de huidige jurisprudentie en de huidige pijnbestrijdingstechnieken, alsmede de beschikbaarheid daarvan.

Rapport-Remmelink
Het op 10 september jl. uitgebrachte rapport van de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie (commissie-Remmelink) wordt door het kabinet gebruikt als uitgangspunt voor zijn standpuntbepaling. In feite onderscheidt het rapport twee soorten van opzettelijk doden: 1. het geven van een dodelijk middel, en 2. het overdoseren van een geneesmiddel en het niet behandelen. Deze tweede categorie wordt echter niet als doden maar als 'normaal medisch handelen' beschouwd, zelfs als er een uitdrukkelijke of gedeeltelijke bedoeling is om te doden. De eerste categorie wordt 'euthanasie' genoemd als er een uitdrukkelijke verzoek is van de zieke, en 'hulp bij zelfdoding' als het middel door de zieke zelf wordt ingenomen. Ook doden zonder uitdrukkelijk verzoek van de zieke valt onder deze categorie.
Wij willen vooropstellen, dat wij overtuigd zijn van de goede bedoelingen van het kabinet en van de Nederlandse artsen. Maar laten we het erover eens zijn dat de euthanasiepraktijk in Nederland volledig uit de hand is gelopen. Want uit het verslag van de commissie-Remmelink blijkt dat, bij een totale mortaliteit van 129.000 per jaar, *het aantal gevallen waarin de arts heeft gehandeld met het (uitdrukkelijke of gedeeltelijke) doel het leven van de zieke te bekorten 19.675 bedraagt, waarvan in 8.650 gevallen doden het uitdrukkelijke doel was en in 11.575 gevallen geen uitdrukkelijk verzoek van de zieke bestond.*

Tabel.

Aantal gevallen van opzettelijk doden	19.675
categorie 1. *dodelijk middel*	*3.700 (2,9%)*
1.1. euthansie op verzoek	2.300 (1,8%)
1.2. hulp bij zelfdoding	400 (0,3%)
1.3. doden zonder verzoek	1.000 (0,8%)
categorie 2. *normaal medisch handelen*	*15.975 (12,3%)*
2.1. niet behandelen (incl. staken sondevoeding) zonder verzoek	
2.1.1. met uitdrukkelijk doel te doden	3.600 (2,8%)
2.1.2. mede met doel te doden	4.275 (3,3%)
2.2. overdosering	
2.2.1. met uitdrukkelijk doel te doden	1.350 (1,0%)
2.2.2. mede met doel te doden	6.750 (5,2%)
(van deze twee 5.400 op uitdrukkelijk verzoek)	

Het vervult ons met grote zorg, dat het rapport van de commissie zo sterk de nadruk legt op het betrekkelijk lage aantal van 2.300 euthanasiegevallen en nauwelijks aandacht besteedt aan het feit dat het aantal van bijna 20.000 gevallen van doelbewuste levensverkorting zelfs nog de hoogste eerder gemaakte schattingen overtreft, en dat deze schattingen (van voorstanders van gelegaliseerde euthanasie) door de commissie tijdens haar persconferentie werden afgedaan als 'indianenverhalen', die veel schade hadden gedaan aan Nederland's goede naam.
Erger is dat het rapport in 15.975 gevallen van doelbewust levensverkortend handelen (80%) spreekt van 'normale geneeskunst', alsof opzettelijk doden een integraal deel van de geneeskunst vormt en niet het radicaal tegengestelde! (Het gaat hier niet om staken van behandeling of hoger doseren als ware geneeskunst, zonder het doel te doden). Het denken in Nederland is reeds dermate aangetast, dat we nauwelijks stilstaan bij de haast onvoorstelbare betekenis van deze informatie en niet begrijpen wat de consequenties zijn.
Zorgwekkend is eveneens, dat het kabinet het verhullend woordgebruik van de commissie overneemt en alle gevallen van niet-behandelen of overdosering met het doel te doden als normaal medisch handelen beschouwt. Zal dat handelen dan niet onder de meldingsplicht vallen? Wij willen er op wijzen dat, ook als de overheid aan artsen de mogelijkheid biedt straffeloos te doden, een opzettelijk dodelijke handeling nooit tot de geneeskunst kan worden gerekend. Men kan doden dezelfde morele waarde geven als genezen of pijn verzachten (zoals de staatssecretaris bij de presentatie van het rapport), maar daarmee wordt het nog geen geneeskunst.

Jurisprudentie
In 1984 heeft de Hoge Raad de mogelijkheid aanvaard dat de arts die euthanasie heeft gepleegd in bepaalde gevallen met recht een beroep kan doen op noodtoestand of psychische overmacht, met name wanneer zich een situatie voordoet die naar wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht en naar in de medische ethiek geldende normen als noodtoestand mag worden aangemerkt. Daarin vindt de uitvoering van het besluit om euthanasie toe te passen plaats onder invloed van een drang waaraan de arts geen weerstand behoeft te bieden, terwijl het besluit zelf, objectief beschouwd, na zorgvuldig afwegen van de tegenover elkaar staande plichten en belangen, gerechtvaardigd kan zijn.
Hierbij valt het volgende op te merken:
a. Volgens wetenschappelijk verantwoord medisch inzicht dient een arts die niet in staat is het lijden van een patiënt te verlichten een collega te consulteren die speciale kennis en ervaring heeft op dit gebied (palliatief geneeskundige).
b. Men kan niet spreken van noodtoestand wanneer niet een specialist in palliatieve geneeskunst is geraadpleegd (zie onder 'Pijnbestrijding').
c. Volgens Koenen is overmacht een lichamelijke of geestelijke niet te voorziene dwang, waardoor de aansprakelijkheid voor iemands doen of laten wordt opgeheven. Wanneer de dader zelf de veroorzaker is van de noodtoestand (door niet een specialist te consulteren) is het onjuist te spreken van overmacht.
d. Opzettelijk doden valt uitdrukkelijk buiten de normen van *medische* (= *genees*kundige) ethiek, ook als de bevoegdheid van de arts wordt uitgebreid met de mogelijkheid straffeloos te doden.
e. Gezien het feit dat zeer veel artsen (met name vrijwel alle artsenorganisaties buiten Nederland) euthanasie als onethisch afwijzen, is het onjuist te spreken van een besluit dat *objectief* beschouwd gerechtvaardigd kan zijn.
f. Er is geen conflict van plichten en belangen. Het is het belang van de

patiënt dat een eind wordt gemaakt aan zijn lijden, niet aan zijn leven. Het is de plicht van de arts het lijden van de patiënt effectief te behandelen. Hij heeft niet de plicht te doden. Dit laatste is zelfs uitdrukkelijk verboden.
g. Stilzwijgend wordt aangenomen dat het de arts onder omstandigheden geoorloofd is te doden. Dit is in strijd met artikel 2 van het Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens: 'Het recht van een ieder op het leven wordt beschermd door de wet.' Men kan niet tegelijk iemands recht op leven beschermen en toestaan dat hij wordt gedood.
h. Deze uitspraken van de Hoge Raad houden in feite een grensverlegging in, grenzen die in ons land alleen door de wetgever kunnen worden verlegd, voor zover dit niet in strijd is met internationale verdragen.

Pijnbestrijding
'Het kabinet hecht eraan de zorg rond het levenseinde te integreren in de bestaande voorzieningen en faciliteiten en niet over te gaan tot het creëren van categorale voorzieningen.'
Hierbij dient te worden opgemerkt dat het rapport-Remmelink wijst op de noodzaak van adequate en effectieve behandeling bij een ongeneeslijke en snel dodelijke ziekte, een behandeling die gericht is, niet op genezing, maar op het wegnemen van hinderlijke symptomen, zoals pijn, moeheid, benauwdheid en darmklachten. Deze zogenoemde *palliatieve geneeskunst** omvat meer dan alleen pijnbestrijding. Het gaat om de zorg voor de hele mens en diens naaste omgeving, om aandacht voor geestelijke en psychosociale problemen en afdoende behandeling van alle lichamelijke klachten. Pijn is onnodig en kan, evenals de andere hinderlijke symptomen, zeer doeltreffend worden bestreden. Palliatieve geneeskunst is een specialisme (in Engeland als zodanig erkend) dat bijzondere kennis en ervaring vereist, die men niet bij elke arts aanwezig mag veronderstellen. Omdat het bestaan van een noodsituatie, dat wil zeggen een ondraaglijk lijden voor de zieke, het motief is om tot levensverkorting over te gaan, moeten we aannemen dat in bijna 20.000 gevallen een ernstig lijden bestond, waarvoor de arts niet de afdoende behandeling kende, waar de patiënt recht op heeft en die de palliatieve geneeskunst kan verschaffen. Het uiteindelijke ideaal moge zijn dat elke werker in de gezondheidszorg op den duur expert is in het geven van deze palliatieve zorg, *op dit moment* zijn voldoende specialisten op dit gebied dringend noodzakelijk.

* Zie: Stervensbegeleiding: Praktische adviezen voor hulpverleners, in opdracht van KNMG en NAV. Utrecht; Bunge, 1990.

ETHISCHE OVERWEGINGEN

Door bij de vraag of een bepaalde handeling *medisch* zinvol is ook de vraag naar de zin van het *leven* van de zieke te betrekken wordt de gehele geneeskunst gedenatureerd. Wie bepaalt wat de zin van iemand's leven is? Welke criteria worden daarbij gebruikt (een bepaald aantal qualy's)? En als volgens die criteria het leven zinloos is maar de patiënt uitdrukkelijk in leven wil blijven? Wanneer de arts zijn handelen niet meer uitsluitend richt op genezing of verzachting van lijden, maar zich ook gaat afvragen wat de zin is van het leven van de zieke, dan heeft een mensenleven niet langer een absolute maar slechts een relatieve waarde, een waarde die spoedig slechts afhankelijk zal zijn van nuttigheid, gewenst-zijn, belasting voor de omgeving, enzovoort. Kennelijk zijn wij als samenleving bezig te kiezen tussen twee soorten ethiek: humanitair of utilistisch.

Na de laatste wereldoorlog, die miljoenen levens heeft geëist, en waarin artsen en verpleegkundigen actief waren in het massaal doden van mensen, is door de Verenigde Naties de Universele Verklaring inzake de Rechten van de Mens geproclameerd. Volgens haar preambule kunnen vrede, vrijheid en gerechtigheid slechts worden bereikt als we de inherente waardigheid en de gelijke en onvervreemdbare rechten van alle mensen erkennen. Om deze rechten collectief te handhaven hebben wij later het Europees Verdrag inzake Mensenrechten aangenomen. Het eerste recht van de mens is recht op leven, dat wordt geschonden als de arts een patiënt mag doden. In hetzelfde jaar 1948 nam de World Medical Association de Verklaring van Genève aan, die in moderne taal de 24 eeuwen oude eed van Hippocrates verwoordt, waarin voorkomt: 'Ik zal aan niemand, ook niet op zijn verzoek, een dodelijk gif toedienen'.
Zowel de universele als de Geneefse verklaring geven uitdrukking aan een humanitaire ethiek, waarbij de rechten en noden van de individuele mens centraal staan en diens leven wordt ontzien ongeacht zijn omstandigheden of nut voor anderen.

Gedurende de laatste decennia is deze humanitaire ethiek heel geleidelijk en haast onmerkbaar vervangen door een utilistische ethiek, die ieders kwaliteit van leven en zijn nut voor de samenleving op de voorgrond stelt. Wat deze ethiek uiteindelijk voor de samenleving inhoudt, werd reeds duidelijk omschreven in een hoofdartikel in het orgaan van de California Medical Association van september 1970, getiteld: 'A new ethics for medecine and society'. Het artikel zegt dat wij *artsen* in de toekomst diegenen zullen gaan elimineren, van wie de levenskwaliteit niet voldoet aan bepaalde *medische* criteria. Naast geboortebeheersing zal ook sterftebeheersing komen, volgens het artikel, en de samenleving (omschreven als een 'biologically oriented world society') zal euthanasie, gedwongen of vrijwillig, aanvaarden, daar 'de nieuwe ethiek van relatieve in plaats van absolute en gelijke waarden uiteindelijk de overhand zal krijgen'.
In ons land zijn wij inmiddels reeds ver gevorderd op de weg naar een door artsen beheerste samenleving. Abortus is gelegaliseerd en vele duizenden kinderen worden door *artsen* gedood omdat zij niet gewenst zijn. Embryo's worden door *artsen* verwekt met het doel er proeven mee te doen. Kinderen met aangeboren afwijkingen worden vóór of na de geboorte door *artsen* gedood, omdat zij een belasting zijn. En aan mensen in coma wordt zo nodig door *artsen* vocht en voeding onthouden zodat zij sterven. Zal de volgende stap zijn dat zieken ook tegen hun eigen uitdrukkelijke wens kunnen worden gedood?

Het Bestuur van het Nederlands Artsenverbond spreekt zijn grote bezorgdheid uit over deze ontwikkeling, mede met het oog op het door het kabinet beschreven standpunt, dat een beleid tot gevolg zal hebben, waarin het leven van patiënten niet meer adequaat wordt beschermd en waarmee het kabinet in strijd handelt met het Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens.